



# SOLICITUD DE PRIVILEGIOS DE CONDUCIR O DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

ORIGINAL  RENOVACIÓN  DUPLICADO  CAMBIO DE DIRECCIÓN  PERMISO DE INSTRUCCIÓN

La información en las casillas se DEBE completar antes de visitar a un representante del DMV. ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE solo con tinta negra o azul.

<b>LICENCIA O PERMISO</b> <input type="checkbox"/> ID. Real <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Tarjeta de autorización de conductor		<b>CLASIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Clase C <input type="checkbox"/> Clase A <input type="checkbox"/> Clase M <input type="checkbox"/> Clase B		<b>AUTORIZACIONES</b> <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> F		<b>TARJETA DE IDENTIFICACIÓN</b> <input type="checkbox"/> ID. Real <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Residente estacional	
APELLIDO (LETRA DE MOLDE)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SUFIJO	NÚMERO DE DL/DAC/ID. DE NEVADA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Excepto DAC)		FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE LEGAL COMPLETO EN CERTIFICADO DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO O PAÍS)	
SEXO (MARQUE CON UN CÍRCULO) M F X	ESTATURA PIES PULGADAS	PESO LIBRAS	COLOR DEL CABELLO	COLOR DE OJOS		NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE	
<input type="checkbox"/> No escanear mi certificado de nacimiento				<input type="checkbox"/> Sí, imprimir mi dirección postal en la parte frontal de mi tarjeta (excepto ID Real)			
DIRECCIÓN FÍSICA PRINCIPAL (RESIDENCIA PRINCIPAL)				DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN FÍSICA)			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			
NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL) ( )				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)			
VETERANO	1	Me he retirado honorablemente de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y deseo tener colocada/retenida en mi licencia una designación de veterano. Si su tarjeta no tiene ya una designación de veterano, debe presentar una prueba de retiro honorable.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	2	¿Alguna vez ha prestado servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y ha sido dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	3	¿Alguna vez ha sido asignado a servicio por un mínimo de 6 años continuos en la Guardia Nacional o como reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y se le ha dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	4	¿Alguna vez ha prestado servicio en el Cuerpo Comisionado del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos o en el Cuerpo Comisionado de la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica de los Estados Unidos en calidad de oficial comisionado mientras estaba en servicio activo en defensa de los Estados Unidos y fue dado de baja de dicho servicio bajo condiciones que no fueran deshonrosas?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
SERVICIO SELECTIVO	Si es hombre y tiene al menos de 18 a 26 años de edad y NO marca la casilla, se registrará para el servicio selectivo. Permanecerá elegible para préstamos estudiantiles federales, subvenciones, beneficios relacionados con la capacitación laboral, la mayoría de los trabajos federales y, si corresponde, la ciudadanía de los Estados Unidos.					<input type="checkbox"/> NO, no cumplo con los requisitos o no deseo registrarme	
DONANTE DE ÓRGANOS	¿Desearía ser un donante de órganos y que esto esté indicado en su licencia o tarjeta de identificación? ¿Desearía donar \$1 o más a la cuenta de donación de órganos? Si es así, cuánto? \$ _____					<input type="checkbox"/> SÍ, quiero ser un donante de órganos <input type="checkbox"/> NO, no quiero ser un donante de órganos	
ANTECEDENTES DE CONDUCCIÓN	¿Alguna vez ha tenido una licencia de conducir o tarjeta de identificación con otro <b>nombre</b> ? Si la respuesta es Sí, ¿con que nombre fue emitida?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	¿Alguna vez ha tenido una licencia de conducir o tarjeta de identificación en otro <b>estado</b> ? Si la respuesta es Sí, enumere todos los estados en los que alguna vez tuvo una licencia de conducir o una tarjeta de identificación? N.º de licencia: _____ Clase/Tipo: _____ Fecha de vencimiento: _____					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	¿Alguna vez su privilegio de conducir fue revocado, suspendido, cancelado o denegado? Si la respuesta es Sí, en cuál (es) estado (s): _____ Fecha: _____ Razón: _____					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
HISTORIAL MÉDICO	¿Tiene una discapacidad o le falta una extremidad?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	¿Tiene alguna enfermedad o toma algún medicamento que podría afectar su capacidad para conducir? Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas, explique: <b>NOTA:</b> Se pueden indicar algunas afecciones médicas en su DL/DAC/ID. Un médico debe completar el Formulario DLD7.					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<b>OFFICE USE ONLY</b>		Individual ID #:		Drive	Written:		
Vision Acuity Correction		Reinstatement Info: _____					
With OR Without		Restrictions: _____					
LEFT BOTH RIGHT 20/___ 20/___ 20/___		Endorsements: _____					
		PDPS/CDLIS: CLEAR HIT W/D: _____		CITES: _____	2 <sup>nd</sup> HIT		
		State: _____		DLN: _____			
Docs/Notes: _____		TSA Exp Date: _____		MEC Exp Date: _____	Document Validation: 2 <sup>nd</sup> Validation Completed: _____ Tech # & Initials _____		
					Issuance Type: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Upgrade <input type="checkbox"/> Transfer		

<b>REGISTRO DE VOTANTES</b>	<p>A menos que lo rechace por escrito, las leyes federales y estatales requieren que esta transacción de DMV sirva como una aplicación para el registro de votantes o para actualizar la información del registro de votantes, y autoriza la transmisión de información a los funcionarios de elección aplicables. Puede rechazar que se use esta transacción para el registro de votantes en un formulario que se proporciona al final de esta transacción.</p> <p>Un registro del registro de votantes <b>debe</b> indicar un partido político importante para que se vote a candidatos en elecciones primarias. Puede indicar su partido político en el formulario que se proporciona al final de esta transacción.</p> <p><b>Nota:</b> Un registro del registro de votantes se considerará de manera predeterminada como «apartidista» o «neutral» (no perteneciente a un partido político) a menos que se indique un partido político en el formulario que se proporciona al final de esta transacción.</p> <p>Su decisión de solicitar, actualizar o rechazar que se use esta transacción para un registro de votantes no afectará la asistencia o los servicios proporcionados. Tanto la fuente de la información como la decisión de solicitar, actualizar o rechazar que se use esta información para el registro de votantes se tratarán de manera confidencial y solo se usarán con fines relacionados con el registro de votantes.</p> <p>El registro de votantes puede tener impacto en los grupos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los <i>miembros de los servicios uniformados</i> deberían notar cambios de residencia del registro de votantes e impactos en la residencia o la situación fiscal.</li> <li>• Los votantes confidenciales pueden tener que tomar medidas adicionales para evitar la divulgación de la información pública.</li> <li>• Los derechos de voto se restablecen de inmediato para todas las condenas por delitos al salir de la cárcel.</li> </ul>
	<p>¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Tendrá 18 años o más antes o en el día de elecciones? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO → Si la respuesta es No, ¿tiene 17 años y quisiera registrarse previamente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Si corresponde, marque uno de los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Militar nacional (o cónyuge o dependiente de militar) en servicio activo y ausente de una residencia de voto en Nevada</p> <p><input type="checkbox"/> Militar en el extranjero (o cónyuge o dependiente de militar) en servicio activo y ausente de una residencia de voto en Nevada</p> <p><input type="checkbox"/> Ciudadano en el extranjero con residencia fuera de los Estados Unidos. (no aplicable a quienes viajan o están de vacaciones fuera de los Estados Unidos).</p>	

## PARE

**Un representante autorizado del DMV debe ser testigo de las declaraciones y las firmas**

<p><b>CONSENTIMIENTO DE LICENCIA PARA UN MENOR:</b> Declaro mi consentimiento para la emisión de un permiso de instrucción/licencia para _____, cuya relación conmigo es de _____. Entiendo que puedo ser responsable por cualquier obligación causada por su negligencia o mala conducta intencional durante la operación de un vehículo motorizado (NRS 483.300 o NRS 486.101). Entiendo que, si firmo una solicitud de cancelación, puedo hacer que el permiso o la licencia sea cancelada y quedar exento de la obligación. Entiendo que antes de que se emita una licencia, el menor puede tener que presentar un Certificado de asistencia DMV-301, un Certificado de finalización de un curso de educación para conductores aprobado por el DMV de Nevada y un registro de experiencia de conductor principiante DLD-130 que acredite que ha completado al menos 50 horas de experiencia de conductor detrás del volante.</p>	
<p><b>PERMISO DE INSTRUCCIÓN:</b> Certifico por la presente que entiendo que mi permiso de instrucción es válido por hasta un (1) año a partir de la fecha de emisión y que debo llevarlo conmigo cuando esté conduciendo. Entiendo las restricciones de mi permiso y acepto cumplirlas.</p>	Inicial
<p><b>MENOR DONANTE DE ÓRGANOS:</b> Yo, el padre/tutor del menor solicitante, entiendo que, a menos que el donante enmiende o revoque la donación de órganos antes de su muerte, no puedo enmendar o revocar la donación de órganos.</p>	Firma del padre o tutor
<p><b>DECLARACIÓN DE NO USO DEL PRIVILEGIO DE CONDUCIR DE NEVADA:</b> No he operado un vehículo motorizado desde: _____ Fecha</p>	Inicial
<p><b>AUSENCIA DE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> Certifico que nunca se me ha asignado un Número de Seguridad Social conforme a las disposiciones de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos.</p>	Inicial
<p><b>DECLARACIONES DE DIVULGACIÓN:</b>  <b>*La Ley de Privacidad de 1974</b> es una ley federal que autoriza el uso de su Número de Seguridad Social para verificar la identidad. Se requiere que presente su Número de Seguridad Social para que el estado pueda aplicar las leyes relacionadas con la expedición de licencias de conducir (NRS 483.290).</p> <p>La solicitud de licencia de conducir o tarjeta de identificación que está presentando causará que cualquier registro de conducir de su estado anterior sea transferido a Nevada y se muestre como cedido. NRS 482.385 requiere que registre cada vehículo que le pertenece y que opera dentro de los 30 días a partir de la fecha en la que se convierta en residente.</p>	

**Por medio de la presente, certifico bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas. Entiendo que cualquiera y todas las demás licencias de conducir o tarjetas de identificación emitidas por cualquier otra jurisdicción serán entregadas en el momento de la emisión de una licencia o una tarjeta de identificación de Nevada. Acepto y entiendo que, de conformidad con NRS 483.420 y NRS 483.530, respectivamente, cualquier declaración fraudulenta de hechos materiales puede causar la cancelación o la denegación de mi licencia o tarjeta de identificación. Además entiendo que, de conformidad con NRS 483.530, cualquier declaración fraudulenta de hechos puede ser un delito menor o grave y, de conformidad con NRS 193.130, puede ser punible.**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor si el solicitante es menor de 18 años \_\_\_\_\_ DL//ID \_\_\_\_\_

Declarado ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Representante autorizado de DMV/Notario público \_\_\_\_\_

Las firmas deben ser originales. No se aceptan fotocopias. No se pueden hacer cambios en este formulario después de que sea firmado.